



RE1020

N° dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

NAM : _____ Exp. : 20__/__/__

Date de naissance : ____/____/____ M F X
Année Mois Jour

RÉFÉRENCE PROGRAMME DE RÉADAPTATION PULMONAIRE

Soins dispensés au: <input type="checkbox"/> RLS Pierre-Boucher <input type="checkbox"/> RLS Richelieu-Yamaska <input type="checkbox"/> RLS Pierre-de Saurel	
# de tél pour rejoindre l'utilisateur : _____	
COORDONNÉES	
Pierre-Boucher : maladies.chroniques.pb.cisssme16@sss.gouv.qc.ca	Tél : (450) 468-7700 / Télécopieur : (450) 442-5721
Richelieu-Yamaska : maladies.chroniques.ry.cisssme16@sss.gouv.qc.ca	Tél : (450) 773-4387 / Télécopieur : (450) 998-2023
Pierre-De-Saurel : maladies.chroniques.pds.cisssme16@sss.gouv.qc.ca	Tél : (450) 551-8051 / Télécopieur : (450) 908-8008
CLIENTELE ADMISSIBLE	
<input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire confirmée (MPOC, pneumopathie interstitielle, asthme avec obstruction fixe) <input type="checkbox"/> Âge ≥ 18 ans domicilié sur le territoire du CISSSME avec un suivi actif en pneumologie . <input type="checkbox"/> Capacités cognitives, psychologiques et fonctionnelles favorables à l'autogestion <input type="checkbox"/> Absence de contre-indications plaçant l'utilisateur à risque (ex. : maladie cardiaque non contrôlée ou décompensée, sténose aortique sévère, embolie ou thrombophlébite récente) <input type="checkbox"/> Infarctus ou PAC < 6 mois : Épreuve d'effort requis (Ce formulaire sera transmis au service d'électrophysiologie médicale pour planification d'un RDV)	
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	
L'utilisateur a-t-il déjà participé au programme ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → Justification clinique de la demande : <input type="checkbox"/> 2 exacerbations aiguës dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Programme de RP complété depuis >2 ans et diminution de la capacité d'effort	
Diagnostic : <input type="checkbox"/> MPOC <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère <input type="checkbox"/> Pneumopathie interstitielle <input type="checkbox"/> Asthme avec obstruction fixe Comorbidités : <input type="checkbox"/> Bronchiectasie <input type="checkbox"/> Pré/post-greffe pulmonaire <input type="checkbox"/> Hypertension pulmonaire <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Dyslipidémie <input type="checkbox"/> SCA / PAC → Date de l'événement : _____ Oxygénothérapie : <input type="checkbox"/> Usager O ² dépendant : _____ L/min au repos <input type="checkbox"/> O ² supplémentaire à l'effort : _____ L/min <input type="checkbox"/> Saturation visée à l'effort pour usager O ² dépendant : ≥85% <input type="checkbox"/> Usager sans prise d'O ² à domicile : <input type="checkbox"/> Saturation visée au repos : ≥88% <input type="checkbox"/> Au besoin, administrer O ² à l'effort pour cibler une saturation ≥85% Statut tabagique : <input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur	
PRIORITÉ D'ADMISSION AU PROGRAMME	<input type="checkbox"/> PRIORITAIRE: délai max de 4 semaines (ex. : post-exacerbation aiguë MPOC) <input type="checkbox"/> Liste d'attente selon la date de référence <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____
_____	_____
Nom du médecin	Signature du prescripteur
	Date : 20__/__/__